

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 14 Juin 1893, à 1 heure

PAR THÉOPHILE BOUJU,

Né à Rouen (Seine-Inférieure), le 2 Janvier 1867.

Essai sur les indications Thérapeutiques

DANS LES

TUBERCULOSES CHIRURGICALES

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. { PINARD, Professeur.
RICARD et VARNIER, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 - Rue Racine - 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 14 Juin 1893, à 1 heure

PAR THÉOPHILE BOUJU,

Né à Rouen (Seine-Inférieure), le 2 Janvier 1867.

Essai sur les indications Thérapeutiques

DANS LES

TUBERCULOSES CHIRURGICALES

Président : M. TILLAUX, Professeur.

*Juges : MM. } PINARD, Professeur.
RICARD et VARNIER, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1893

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	N.
Thérapeutique et matière médicale.....	REGNAULD.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
	LE FORT.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	QUENU.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	REITERER.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RICARD.	
DEJERINE.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRÈRES

LES DOCTEURS A. ET G. BOUJU

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Qu'il nous soit permis, au moment de terminer nos études, de remercier les maîtres qui ont bien voulu les diriger, en particulier MM. les docteurs Olivier, Thierry, Delabost, Brunon, Ballay, Tourneux.

J'adresse l'hommage de ma vive reconnaissance à M. le docteur François Hûe, pour son enseignement aussi pratique que bienveillant, et pour les observations qu'il a bien voulu nous fournir pour cette thèse.

Mes maîtres dans les hôpitaux de Paris, MM. les docteurs Léon Labbé et Moutard-Martin ont droit à toute ma gratitude.

Nous prions M. le professeur Tillaux de croire à notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

En présence d'un individu atteint d'une tuberculose locale, quelle méthode employer ?

Choisira-t-on les injections médicamenteuses d'iodoforme ou de chlorure de zinc ? Quelle méthode sanglante employer ? Le séjour dans un hôpital maritime lui est-il favorable ? Quelles sont les indications spéciales de ces modes de traitement ? Tel sera le sujet de cette étude.

Méthodes anciennes

On emploie peu maintenant la compression appliquée suivant la méthode de Burgraeve ou de A. Guérin, ni les révulsifs : formentations chaudes, teinture d'iode, tartre stibié, vésicatoires, moxas, cautérisations ponctuelles.

Au chapitre : Méthode sclérogène, nous parlerons de l'ignipuncture intra-fongositaire de Richet.

Méthodes adjuvantes

L'immobilisation, vantée par Bonnet, est une méthode

adjuvante très utile. Elle diminue la douleur, maintient la bonne direction donnée au membre par le redressement. L'appareil silicaté paraît préférable à la gouttière de Bonnet. Il fixe complètement l'articulation atteinte et laisse aux autres toute l'étendue de leurs mouvements. Les pansements sont aisés à faire, la propreté facile à entretenir.

L'extension préconisée par Lesauvage, de Caen, diminue également la douleur, corrige le raccourcissement et empêche le contact de l'os malade avec les parties voisines encore saines. M. le professeur Lannelongue l'emploie beaucoup, surtout dans la coxalgie; cependant, au dernier Congrès français de chirurgie, M. Calot, de Berk-sur-Mer, lui a attribué la production d'attitudes vicieuses.

Injections médicamenteuses

Deux méthodes principales : celle des injections iodoformées, ou méthode de M. le professeur Verneuil, et la méthode sclérogène, dont l'agent est le chlorure de zinc, et préconisée par M. le professeur Lannelongue.

Ces deux substances n'ont pas été les seules essayées. Fabrice d'Aquapendente introduisait dans les tissus fongueux de l'oxymel.

Dupuytren, du vin chaud, du vin miellé, de l'eau d'orge.

Luton, de Reims, en 1863, de la teinture d'iode, du nitrate d'argent à 1/50^e, 1/10^e et 1/5^e, à la dose de 10 à 20 gouttes.

Hueter employa l'acide phénique en solution à 2 ou 3 0/0.

Schuller se servait également d'une solution phéniquée à 3 0/0.

Duménil, de Rouen, notre regretté maître, injectait du perchlorure de fer.

M. le professeur Le Fort, en 1869, du sulfate de zinc.

Bust et Shaak, du sublimé ou de l'azotate d'argent.

Martell substitua au sublimé le calomel, moins toxique.

M. Burtureau donna la préférence à l'huile créosotée.

M. Danzac, à la glycérine créosotée.

M. Lépine, de Lyon, au mélange de créosote, d'huile d'amandes douces et de vaseline liquide.

Bouchut fit choix de la papaine.

M. Boinet-Luyol, de la teinture d'iode.

M. Bienfait, de Reims, de l'iodure de potassium.

Il présenta 21 observations avec 16 malades guéris et 5 améliorés. Plus tard, il remplaça l'iodure de potassium par la solution d'iode dans l'iodure de potassium avec addition d'eau.

Avec M. Forgues, c'est la liqueur iodo-tannique.

Avec M. Quénu, la pyoctanine.

Avec M. Reclus, la liqueur de Fowler.

M. Kolischer a injecté le phosphate acide de chaux.

Koch, la tuberculine.

Von Warnossy, le baume du Pérou.

MM. Périer, Reboul, ont d'excellents résultats avec le naphthol camphré, surtout dans les adénites récentes et dures et dans les adénites ulcérées.

Sur 27 cas, M. Reboul eut 21 guérisons. MM. David et Moty, dans leurs thèses, ont apporté des nouveaux cas de guérison.

Le gaiacol, seul ou iodoformé, a été aussi employé.

Citons encore : l'essence de girofle, usitée par Nannotti, de Naples, et J. Tirosh et Kanasz, de Budapesth, la cantharidine en solution potassique, par Heyfeld.

CHAPITRE PREMIER

Injectons iodoformées.

L'iodoforme est considéré, depuis les travaux de Bouchardat, Rhizoni, d'Oleggio, Muller, sinon comme un spécifique, du moins comme un puissant agent anti-tuberculeux. Son action anti-fermentescible, niée par Max Schede, Heynet, Roving, a été prouvée par Tilanus, d'Amsterdam ; elle est lente, mais réelle.

Mickuliez, en 1881, publia des observations de malades traités par des injections de glycérine iodoformée.

En 1884, Billroth et Fraënkel avaient réuni 20 cas.

En France, en 1882, M. Marc Sée guérit une arthrite fongueuse du genou par l'éther iodoformé.

Dans l'année 1883, eurent lieu les premiers essais du professeur Verneuil, relatés dans la thèse de M. Mattéi, en 1884, et discutés en 1885 au premier Congrès de chirurgie.

En 1885, également, Krause de Halle, Henser de Barmen, Wendelstadt et Trendelenburg de Bonn, donnèrent leurs résultats.

Les statistiques de Mikulicz, Fraënkcl, de MM. Mat-
tci, Verneuil, Terrillon, Thirion, Kirmisson, Verchère,
Reclus, Martel, de Holstein, Brun, Hameau, Poisson
et Blaizot, de Nantes, sur environ 172 cas, fournissent
118 succès, 22 améliorations, 28 insuccès, 4 résultats
douteux, soit 68 0/0 de succès.

M. Redard, sur 30 cas, dont 26 d'origine osseuse, a
eu 25 guérisons.

MM. Grynfeld de Montpellier, Gibert du Havre,
Dupin de Toulouse, Marty et Ménard de Bordeaux,
ont eu de bons résultats.

En Allemagne, Frendelenburg publia 13 cas.

En 1889, Wendelstadt 85 cas, avec 26 guérisons, 37
améliorations, 12 insuccès.

Kraüse, qui emploie l'iодоforme en suspension dans
l'eau stérilisée, sur 61 injections intra-articulaires, a eu
3 insuccès.

Indications

Il n'y a pas de tuberculose locale qui n'ait été sou-
mise à ce traitement avec succès, de sorte qu'en théo-
rie il n'y a pas de contre-indication absolue à employer
cette méthode.

Cependant, son action paraît surtout efficace : 1° dans
l'adénite ramollie et non ouverte ; 2° dans l'adénite fistu-
leuse ; 3° dans les abcès circonvoisins ou de Gerdy ;
4° dans les abcès par congestion.

M. le professeur Verneuil, Fraenkel, Mickulicz,
Wendelstadt, ont donné des résultats absolument pro-
bants de guérison d'adénites non ouvertes ou fistuleu

ses et d'abcès circonvoisins. Les abcès par congestion sont aussi heureusement modifiés. On évacue par aspiration le liquide de la poche et l'on injecte dans la cavité de l'huile ou de la glycérine iodoformée. Billroth, Muselig, Mourbof, ont eu des succès nombreux par ce procédé. M. Kirmisson a guéri un abcès volumineux occupant la fosse iliaque et le triangle de Scarpa et fusant par la grande échancrure sciatique à la région fessière ; une seule injection a suffi.

A l'Hospice Général de Rouen, 9 abcès par congestion, ponctionnés et injectés à l'iodoforme, ont guéri sans récurrence. Sur ces 9 abcès, 2 étaient d'origine vertébrale, dont 1 d'origine cervicale (Observations II, III, IV, V, VI).

Avantages

Ce traitement ne donne pas plus de récurrences que l'opération chirurgicale qui, dans le traitement des adénites, expose aux hémorrhagies, à l'entrée de l'air dans les veines, à la paralysie faciale possible dans l'extirpation des adénites cervicales. Enfin, il y a des ganglions profondément situés, faciles à oublier, dangereux à enlever ; l'ablation laisse souvent une cicatrice désagréable, même si l'on a soin, comme l'a montré M. Félizet, de se servir d'aiguilles à sutures très fines.

Si l'on compare à la statistique de Mickulicz, Fraenkel, de M. le professeur Verneuil, qui donne 68 0/0 de succès, sans complication ni décès, celle des partisans de l'extirpation, on trouve M. Socin avec un total de 42 0/0 de guérisons ; Lucke, de Strasbourg, d'après Haehl,

obtient 65 0/0 de guérisons et 22 0/0 de morts. Fraënkel, de Vienne, avant l'emploi de la méthode iodoformée, à laquelle il s'est rallié, sur 48 opérations, a eu 18 cas de paralysie faciale limitée à la lèvre inférieure et définitive 6 fois.

A Bonn, on a obtenu 62 0/0 de guérisons complètes avec 11 0/0 de morts.

A Vienne, sur 49 opérés, 24 guérisons complètes, 18 incomplètes, 10 morts.

A Breslau, sur 92, 35 guérisons complètes, 48 récdivés, 18 morts.

Presque tous les décès ont été déterminés par tuberculose généralisée.

L'auto-inoculation est également possible; elle serait cependant très rare d'après M. Vidal (Thèse de Paris, 1891), ainsi que les autres complications signalées.

Le reproche que l'on adresse à ce mode de traitement appliqué aux abcès par congestion, est de ne s'attaquer qu'aux symptômes et de négliger la cause première, c'est-à-dire la lésion osseuse. On peut remarquer que ce défaut n'existe guère que pour les abcès à point de départ éloigné, comme dans le mal de Pott, où la lésion osseuse, malgré des tentatives audacieuses, est souvent hors d'atteinte; dans les abcès froids costaux, au contraire, la lésion osseuse, incluse dans la poche le plus souvent, est en contact avec le liquide modificateur. Dans le traitement chirurgical des abcès de la paroi thoracique par incision et grattage, préconisé par M. le professeur Duplay et son interne M. Panchet, on n'est pas toujours sûr de détruire complètement le foyer malade.

Enfin, faisons remarquer que les injections iodoformées préparent très avantageusement le terrain pour les méthodes sanglantes. Il en sera de même, du reste, pour la méthode sclérogène (Observation n° 1).

Inconvénients

La longueur du traitement est peut-être le seul reproche grave qu'on puisse alléguer. Il peut durer, pour certaines adénites, deux mois. Les escarres produites par les piqûres peuvent être évitées en ayant soin de pousser l'injection dans la poche même et non sous la peau. Il n'y aura pas intoxication en ne dépassant pas les doses que nous allons indiquer; d'après M. Verneuil, elle ne se produirait que chez les individus dont le foie ou les reins fonctionnent mal.

La douleur peut être évitée par une injection préalable de cocaïne, comme l'ont fait MM. Malherbe et Poisson; elle est moindre qu'après les piqûres de chlorure de zinc.

Nature de l'injection

On emploie l'iodoforme dissous dans l'éther, dans l'huile d'olive stérilisée, dans l'huile de vaseline, ou en suspension dans la glycérine et même dans l'eau stérilisée, comme le fait Krause.

L'éther convient mieux aux petits foyers, il détermine parfois des symptômes d'ivresse et d'anesthésie. Pour les vastes cavités, on a plus volontiers recours aux autres véhicules, huile ou glycérine.

Mode d'emploi

La technique instrumentale a été exposée par M. Verchère. Si le foyer est ramolli et non ouvert, on se sert d'une seringue de Pravaz, à la fois pour l'évacuer et l'injecter ; un abcès volumineux exige parfois l'aspirateur Potain (Abcès par congestion).

Le nombre des piqûres et la quantité de liquide à injecter varie avec les dimensions de l'abcès. Rarement une seule suffit, le plus souvent il faut faire, à dix jours d'intervalle, 4 à 10 injections d'une demi-seringue à une seringue de Pravaz, c'est-à-dire 5 grammes environ d'éther ou d'huile iodoformée à 1/10^e, soit 5 décigrammes d'iode. Pour M. le professeur Verneuil, on ne doit pas dépasser 100 grammes d'éther et 5 grammes d'iodoforme. M. Verchère réduit même la quantité d'iodoforme à 2 gr. 50 ou 3 grammes.

La durée du traitement pour les adénites est de deux mois environ.

CHAPITRE II

Méthode sclérogène.

Imiter le travail naturel de guérison en transformant en tissu fibreux, inhabitable pour le bacille de Koch, les fongosités tuberculeuses, scléroser ce tissu, tel est le but que s'est proposé M. le professeur Lannelongue.

L'agent chimique employé et jouissant de propriétés spéciales à l'égard des tissus vivants, est le chlorure de zinc.

Ce médicament fixe en les tuant les éléments anatomiques ; au point où il est déposé et même à une grande distance, il oblitère un certain nombre de capillaires et de petits vaisseaux. Enfin, au sein des tissus altérés, il se fait, « par diapédèse et probablement aussi par prolifération cellulaire, un afflux énorme de nouveaux éléments anatomiques » ; ces cellules empâtent la périphérie des fongosités, comme elles infiltrent dans de fortes proportions le néoplasme tuberculeux. La lutte s'établit entre les éléments amoncelés et le bacille, surtout entre les cellules migratrices et cet agent, en vue

de l'absorber et de le détruire. Les éléments du tissu morbide, fixés par le contact du chlorure de zinc, se résorbent lentement et disparaissent, repris par l'organisme, les jeunes cellules, au contraire, s'organisent activement et constituent un tissu fibreux serré.

Ce tissu scléreux paraît faire place plus tard à un tissu conjonctif plus lâche, de sorte que les parties reprennent leur souplesse et leur forme et que les fonctions des organes locomoteurs se trouvent conservées en entier ou tout au moins dans les limites où elles étaient au début du traitement.

Tel est, résumé, le principe de la méthode de M. le professeur Lannelongue. De la discussion sur la priorité revendiquée par M. le professeur Le Fort, il résulte qu'en 1875, Luton eut le premier l'idée de faire des injections modificatrices dans l'articulation.

En 1877, Hueter employa l'acide phénique. En 1879, M. Le Fort se servit du sulfate de zinc. Mais ce qui distingue les méthodes de ces deux chirurgiens, c'est moins le sel de zinc choisi que le siège des injections : M. Le Fort les pratiquant dans la fongosité, M. Lannelongue, en dehors du tissu malade.

Parmi les méthodes destinées à produire un tissu fibreux, on peut aussi ranger l'ignipuncture profonde ou intra-fongositaire de Richet, qui, jointe à l'immobilisation, donne des résultats favorables, meilleurs encore si l'on bourre de poudre d'iodoforme les puits creusés par le couteau du thermo-cautère.

Six malades, traités à l'Hospice-Général de Rouen, ont été guéris par ce traitement.

Le chauffage des articulations de M. Félizet, l'ébouillement de M. Jeannel, de Toulouse, peuvent aussi être rangés dans la méthode sclérogène.

Il est juste également de rappeler que Lailler se servait de flèches de Canquoin, introduites dans les trajets fistuleux tuberculeux.

Mode d'action.

Comme on l'a vu plus haut, le chlorure de zinc n'est pas un agent médicamenteux dirigé contre le bacille; il sert à augmenter la résistance du terrain, résistance obtenue par l'oblitération et le rétrécissement des vaisseaux, et la disparition des lymphatiques. A la sclérose des fongosités articulaires, s'ajoute un ostéome sous-périosté diffus avec condensation osseuse, si l'on a pris soin d'intéresser le périoste au travail de réparation, ce que recommande de faire M. Lannelongue dans la plupart des cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse.

Doses.

M, le professeur Lannelongue se sert d'une solution au 1/10^e dont il injecte quelques gouttes. Si la piqûre doit être superficielle, la solution est au 1/20^e. M. Coudray, dans son rapport sur la tuberculose du tarse, conseille d'aller jusqu'à 20 et 21 gouttes de la solution au 1/10^e.

Siège de l'injection.

L'injection, comme l'a fait remarquer M. Lannelon-

gue, n'est ni interstitielle, ni intra-articulaire, elle doit être poussée dans les couches les plus superficielles des fongosités. S'il s'agit d'une articulation, on se rappellera que les synoviales sont dans toutes les régions séparées des couches sous-cutanées par un plan aponévrotique, quelles tirent leurs vaisseaux des os au niveau des culs-de-sac ; c'est donc au point où se réfléchit la synoviale, dans le tissu sain et dans le périoste si possible, qu'on doit faire pénétrer le chlorure de zinc.

On fera un nombre de piqûres suffisant pour permettre au liquide médicamenteux, en se diffusant, d'englober l'articulation. Elles seront faites obliquement, pour éviter les petites escarres au point piqué.

Inconvénients.

M. A. Guérin a objecté que les injections ne pouvaient atteindre la lésion osseuse contenue dans l'extrémité articulaire et point de départ le plus fréquent de l'arthrite tuberculeuse. M. Lannelongue a fait remarquer qu'elles créaient autour de cette lésion un terrain réfractaire qui empêchait la propagation par voisinage, et cela surtout, en injectant le liquide modificateur dans le périoste qui sert de soutien aux vaisseaux nourriciers de l'os voisin du foyer malade. L'extension continue, contribue encore à diminuer le contact de l'os malade avec l'os sain.

Vous déterminerez des escarres, de la suppuration, a-t-on dit aux partisans de la méthode ! Ces accidents, ont-ils répondu, n'arrivent que par faute de précautions

ou emploi défectueux du procédé ; par exemple, en faisant des injections superficielles avec des solutions fortes, il peut y avoir sphacèle. Sur 2,000 piqûres, M. Lannelongue n'a pas eu dans son service un cas d'infection.

La douleur est vive, plus aiguë, qu'après les injections iodoformées ; il est nécessaire d'endormir le malade, si l'on doit faire beaucoup de piqûres.

Indications.

Comme les injections iodoformées, celles de chlorure de zinc ont été opposées à toutes les tuberculoses locales, adénites, gommès, synovites, arthrite, ostéoarthrite.

Elle a réussi également dans la tuberculose du testicule. M. Ozenne a guéri une épididymite gauche au début. Le lupus a été aussi amélioré.

M. Iscovesco, de Paris, a soigné 5 malades, dont 3 coxalgies, avec deux guérisons, une amélioration.

MM. Charvot et Reynier ont également présenté des malades guéris.

M. de Saint-Germain a fourni 50 observations dont plusieurs de coxalgiques.

Bordescu, de Bucharest, a eu des résultats heureux.

Dans toutes ces statistiques, c'est surtout l'ostéoarthrite non ramollie et non ouverte, qui bénéficie le plus de ce traitement.

M. Coudray, au dernier Congrès français de chirurgie, d'après 60 cas, sur lesquels 31 ont trait à de gran-

des articulations, et 16 à des tuberculoses du pied, conclut avec M. Lannelongue, qui ne compte plus les guérisons : « Qu'il y a bénéfice à employer le chlorure de zinc surtout quand on se trouve devant une tuberculose au début. Si la lésion est plus avancée, la méthode sclérogène indique le siège et l'étendue des lésions et permet une intervention prompte et sûre. Cette dernière, ne s'adressant qu'aux parties malades, permet de porter la conservation à ses dernières limites. Les résultats sont plus remarquables chez l'enfant que chez l'adulte, surtout lorsqu'il y a déjà suppuration et fistule, elle est surtout efficace dans les tuberculoses au début, dont les fongosités ne sont pas ramollies. »

TRAITEMENT CHIRURGICAL

La méthode sanglante a subi des alternatives de vogue et d'oubli. Du temps de Celse, on enlevait déjà les ganglions strumeux. A. Paré les extirpe aussi.

Louis, en formulant sa fameuse loi, d'après laquelle le poumon est fatalement infiltré lorsqu'un organe quelconque est atteint, empêcha longtemps les chirurgiens de s'adresser aux tuberculoses locales.

Cependant, Velpeau, conseilla l'incision et le grattage des adénites.

Les travaux de Köster, sur les arthrites fongueuses, la Thèse de M. P. Reclus sur les tubercules du testicule et l'orchite tuberculeuse, parue en 1876, démontrèrent l'indépendance des lésions locales et pulmonaires, leur isolement possible dans un organe ou un tissu.

Les recherches de M. Lannelongue sur les abcès froids et les tubercules des os, de MM. Josias et Brissaud sur les gommes scrofuleuses, achevèrent de prouver la localisation de ces manifestations spécifiques dans des limites précises.

Forts de ces découvertes et confiants dans l'antisepsie, les chirurgiens attaquèrent hardiment toutes les manifestations locales de la tuberculose. M. Verneuil les rendit plus réservés en signalant : la récrudescence des accidents généraux, méningite, phtisie, après certaines opérations, l'auto-inoculation traumatique surtout après le râclage.

Koenig, Volkmann, Warthmann, M. Ollier, confirment les Observations de M. Verneuil. Les injections iodoformées et la méthode sclérogène, ont encore restreint le nombre des affections tributaires des méthodes sanglantes.

Indications.

Quelles sont donc les tuberculoses locales passibles du traitement chirurgical?

Le lupus est un type des affections contre lesquelles échouent la méthode sclérogène, les injections iodoformées, sauf toutefois le lupus érythémateux qui guérirait plus facilement qu'avec le traitement chirurgical.

Le séjour maritime n'est pas indiqué non plus aux lupiques. Deux enfants envoyés par les hôpitaux de Rouen à Pen-Bron, sont revenus avec un état général excellent, mais encore porteurs de plaques lupiques.

Les injections de tuberculine ont eu souvent des conséquences funestes.

Volkmann, dès 1870, se servit de la curette tranchante pour enlever les foyers spécifiques, puis il cautérisait les parois avec du nitrate d'argent ou du chlorure de

zinc. L'inconvénient de cette méthode était de laisser des cicatrices difformes.

Balmanno-Squire innova la scarification suivie d'un badigeonnage au chlorure de zinc, dont se dispensa M. Vidal.

On a reproché à ce procédé de déterminer de l'auto-inoculation et l'on a vu des malades devenus phthisiques après scarification.

M. Besnier employa l'ignipuncture. L'ignipuncture peut être précédée d'un grattage.

Deux malades ont été guéris par ce procédé. Observ. XXV, XXVI, XXVII, XXVIII.

Inutile de dire que le traitement interne ne doit pas être négligé.

Le grattage réussit bien aux gommès fistuleuses, surtout si l'on a soin d'exciser les bords décollés et de faire un badigeonnage à la teinture d'iode ou une cautérisation au nitrate d'argent.

La synovite à grains riziformes disparaît aussi après incision et grattage (Observation X).

Il y a aussi beaucoup de partisans de l'intervention sanglante dans les arthrites à lésions avancées, à fongosités persistances avec extrémités osseuses atteintes.

Dans ce cas, Schede a recours à l'arthrotomie, avec grattage, évidemment, drainage.

Scriba se contentait du drainage seul.

M. Letiévant pratiqua l'arthroxesis, il ménageait les ligaments.

Poinsot, par l'arthrectomie, extirpait les ligaments malades.

Ces opérations avaient le défaut de laisser intacte l'épiphyse, point de départ de l'affection ; il fallait recourir au gougeage, à l'évidement, à la résection partielle, souvent même à la résection complète.

Cette dernière opération, indiquée surtout chez les adultes, permet d'enlever toutes les masses fongueuses, facilite l'écoulement des liquides et l'action plus complète des agents modificateurs.

Cependant, elle a des détracteurs ; d'après M. Leroux, élève de M. Verneuil, elle accélérerait la marche des accidents thoraciques dans la moitié des cas.

MM. Berger, Polaillon, Périer, Warthmann en sont très réservés.

Albert, de Vienne, la rejette complètement, conseillant l'expectation chez l'enfant, l'amputation chez l'adulte.

Pour Koenig, tous les réséqués meurent ; ils seraient, au contraire, immunisés d'après Schmidt.

Billroth prétend que le nombre des morts par phtisie a été le même, qu'il y ait eu résection, amputation, conservation.

MM. Lucas-Championnière, Demons, de Bordeaux, Kirner disent avoir été récompensés d'une intervention rapide et hâtive.

Le premier de ces chirurgiens, sur 56 cas de résection, n'a pas eu un seul cas de mort directe ; une mort est survenue après récurrence et amputation, cinq mois après la résection ; une seconde mort s'est produite par angioleucite septique, ayant pour point de départ une escarre ancienne. Enfin, il a eu un cas d'amputation, six semaines après la résection.

Dans la thèse de Mâcon, sur 48 opérés, 30 ont guéri.

Le tableau de Neumeister, publié par MM. Forgues et Réclus, sur 51 résections, donne 67 0/0 de décès immédiats et 14 0/0 de morts par phthisie.

A l'Hospice-Général de Rouen, sur 10 opérés, il y a eu 6 guérisons, 3 améliorations, un décès.

M. Ollier se guide pour opérer sur la prédominance des troubles généraux et locaux et opère lorsqu'il y a du pus, mais peu de phénomènes fébriles. Il tient un grand compte de l'âge, ne réséquant les enfants que si, après une longue attente, l'amélioration ne s'est pas produite. Pour lui, chez un homme âgé de plus de 50 ans, une affection même des plus légères ne peut guérir sans opération.

Malgré les succès obtenus en particulier par MM. Lucas-Championnière et Ollier, il semble plus logique de suivre les conseils de M. Lannelongue, rappelés par son interne M. Mauclaire et de n'intervenir que si l'ostéo-arthrite, suppurée et non ouverte, s'est transformée en une tuberculose suppurée et fistuleuse et seulement quand les injections ont limité l'étendue des lésions.

De même pour l'ostéite, n'agir qu'après échec des injections et quand ces dernières ont bien isolé les séquestres.

Quant au reproche fait aux résections de déterminer un arrêt d'accroissement, M. Ollier l'atténue en disant que les malades arrivent à compenser cette infériorité par les autres articulations. C'est en particulier ce qui arrive pour le genou. M. Lucas-Championnière ajoute

qu'on marche mieux avec un membre ankylosé et raccourci qu'avec un membre ankylosé, mais ayant conservé sa longueur.

L'atrophie musculaire est combattue par l'exercice et le massage.

En dernière ressource, si la résection préparée ou non par les injections a échoué, reste l'amputation. Elle doit être faite à un niveau très élevé, les fongosités remontant très haut dans les gaines.

Il sera bon aussi de procéder à un curage soigné des lambeaux.

Le tableau de Neumeister donne 31 0/0 d'amputés morts de l'opération et 16 0/0 décédés phtisiques.

M. Audry a publié 20 cas d'amputation avec 15 succès et 5 morts.

Ce que nous avons dit de l'ostéo-arthrite tuberculeuse s'applique également à l'ostéite tuberculeuse. Cependant, ces lésions cèdent plus facilement aux opérations sanglantes que leurs précédentes. Nous avons vu en particulier plusieurs cas de spina-ventosa guéris rapidement par le grattage. Les ostéites, ouvertes surtout, appartiennent aux méthodes sanglantes.

CHAPITRE III

Hôpitaux Marins.

C'est la statistique de Cazin sur Berck-sur-Mer qui attira l'attention sur le bénéfice qu'on pouvait tirer du traitement marin. Il annonçait le chiffre surprenant, et aujourd'hui dépassé, de 70,7 0/0 sur un total de 5,000 malades environ.

On compte actuellement en France 14 établissements marins. Berck en possède cinq; puis viennent, par ordre d'importance, ceux de Banyuls-sur-Mer, de Pen-Bron, d'Arcachon, de Cap-Breton, d'Hyères-Giens, de Cette, de Cannes, de Saint-Pol-sur-Mer et de Ver-sur-Mer, ces quatre derniers ne possédant qu'un petit nombre de lits.

L'Italie possède 26 établissements de même nature.

L'Angleterre n'en a que six.

Choix des malades à hospitaliser.

Le nombre de lits vacants étant très restreint oblige

à une sélection judicieuse parmi la foule des tuberculeux.

Contre-Indications. — Les malades âgés se trouvent moins bien du séjour maritime que les tout jeunes enfants.

Les malades à lésions viscérales avancées doivent également être éliminés. Ils retirent plus de profit des stations à altitude élevée.

Le lupus ne paraît pas non plus amélioré. Actuellement, certains hôpitaux, Pen-Bron par exemple, n'en acceptent plus.

Deux malades envoyés par les hôpitaux de Rouen sont revenus avec un état général très amélioré, mais encore porteurs de plaques lupiques, malgré un séjour de deux ans pour l'un d'eux.

M. Leroux, auteur d'un livre sur les hôpitaux marins, conseille également de ne pas y diriger les malades atteints de tuberculoses locales douloureuses ou accompagnées de suppurations aiguës.

Cependant, nous avons vu des enfants ayant beaucoup souffert pendant le voyage à Pen-Bron, en revenir guéris.

Le même auteur élimine encore les maux de Pott compliqués de paralysie (deux enfants envoyés dans ces conditions sont revenus sans amélioration locale), les affections oculaires graves, les diverses tuberculoses du pharynx, enfin les malades arrivés à la période de cachexie.

Nous avons observé des malades atteints de tuber-

culoses multiples ou arrivés à une période de faiblesse très grande, revenir guéris.

Indications. — On comprend facilement que les malades légèrement atteints ou pris au début, tireront un bénéfice plus prompt et plus certain.

Mais les résultats ne sont pas moins brillants chez les individus en puissance de coxalgies, maux de Pott, tumeurs blanches en général, adénites, abcès froids, scrofulides cutanées, gommes, synovites tuberculeuses.

Ce sont surtout les ostéo-arthrites tuberculeuses non ouvertes qui sont le plus favorablement influencées par le traitement marin.

Sur 24 enfants, la plupart atteints de coxalgies ou de tumeur blanche du genou, envoyés à Pen-Bron, 17 ont été complètement guéris, quatre améliorés, sur ces quatre, un avait eu en même temps un mal de Pott. Il y a eu un décès par méningite.

Sur six enfants atteints du mal de Pott, sans abcès ni paralysie, dont un cervical, cinq ont été guéris, un amélioré.

Deux malades atteints de spina ventosa, deux ayant des anédites suppurées, un porteur de gommes ulcérées ont été guéris sans opération.

Le traitement marin n'agit pas seulement par lui seul, il est encore le complément très utile des autres méthodes, iodoformées, au chlorure de zinc ou sanglantes. Cinq malades ayant subi ces traitements et envoyés au bord de la mer ont été rétablis en quelques semaines.

Il donne aux enfants le moyen de résister aux lésions commençantes, puis, si la maladie est confirmée, de

faire les frais de la suppuration et de mieux supporter les interventions nécessaires. Enfin, dans la sorte de convalescence qui suit les grandes opérations, il leur permet de récupérer rapidement les pertes subies.

De tels avantages, les malades les retirent de deux conditions offertes par ces hôpitaux :

1^o La vie en plein air, dans une atmosphère très pure, contrastant avec la vie confinée dans un milieu vicié, inhérente aux salles des hôpitaux urbains ;

2^o L'action de l'air salin dont les malades s'imprègnent par les bronches ou par la peau, action renforcée encore par les bains fréquents, sinon quotidiens, auxquels les malades sont astreints. Dans certaines stations, à Pen-Bron par exemple, l'hôpital dispose d'eaux-mères tirées des marais salants avoisinants, jouissant d'effets thérapeutiques remarquables et qui possèdent à elles seules, comme l'a prouvé le D^r Larauza, des Salins de Dax, une action énergique.

Durée du traitement.

Combien de temps doit-on séjourner dans un hôpital marin ?

M. Vidal, médecin du Sanatorium de Giens, est partisan d'un séjour court, mais répété. Il propose de sectionner l'année en trois périodes de quatre mois, les enfants devant être au bout de ce temps renvoyés d'office, sauf avis motivé du médecin.

Il se fonde sur cette constatation que les enfants obtiennent, dans les deux ou trois premiers mois, le

maximum de l'amélioration, leur état restant ensuite stationnaire. On a dit également que ces enfants, envoyés de nouveau, bénéficiaient plus activement d'un nouveau séjour.

M. Leroux a fait observer que presque toujours l'amélioration est progressive ou bien reste peu de temps stationnaire, pour reprendre ensuite.

A Cette, les enfants séjournent en moyenne six semaines.

En Italie, au Lido, ils restent 45 jours, mais certains sont obligés de faire deux, trois, quelquefois cinq saisons.

De même ; à Cette.

Cazin, MM. Verneuil, Armengaud, Van Merris, le professeur d'Espine, M. Leroux préfèrent le séjour prolongé.

Il varie, tout en tenant compte de la gravité des lésions, entre six mois, 15 mois et même 36 mois.

Des enfants de l'Hospice-Général de Rouen, atteints d'affections graves, ont dû y rester deux ans.

La moyenne donnée par Cazin est de 423 jours.

Si maintenant on examine les statistiques, on constate qu'avec un court séjour, on obtient 16 0/0 de guérisons à Cette, 26 0/0 au Lido.

Au contraire, après une hospitalisation prolongée, les succès varient entre 70 0/0 et 82 0/0.

Les enfants de Rouen envoyés à Pen-Bron et soumis à une hospitalisation prolongée ont donné une moyenne de 72 0/0 de guérisons sur 47 malades.

Choix d'une station maritime.

Où vaut-il mieux envoyer les enfants ?

A Berk, aux stations de l'Atlantique ou de la Méditerranée.

Les malades à manifestations fébriles paraissent moins excités par le climat de l'Atlantique ; on a également signalé des aggravations chez les enfants atteints de manifestations oculaires et hospitalisés à Berk.

Enfin, la température plus élevée des plages de l'Atlantique et de la Méditerranée permet des sorties continuelles et l'usage presque ininterrompu des bains de mer.

Malgré les statistiques de Cazin sur les hôpitaux de Berk et les résultats fournis par les établissements similaires, on a contesté l'efficacité du traitement marin.

Les objections sont fondées sur la fréquence de la scrofule et de la tuberculose dans les populations maritimes. M. Variot s'est chargé de les réfuter : la fréquence de ces tares constitutionnelles est due au mépris des pêcheurs pour l'hygiène, à leur séjour dans des habitations étroites, sans air ni lumière, à leur alimentation misérable, à l'absence de toute propreté corporelle.

Les enfants sont nourris de bonne heure de soupe, de pain.

Les mariages consanguins sont fréquents, d'où hérédité accumulée, la syphilis n'est pas rare chez les pêcheurs anciens marins de l'Etat.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Publiée par M. Hue*).

Tuberculose de l'articulation sacro-iliaque. — Opération après lymphé de Koch et huile de vaseline iodoformée.

Soudry (Marie), 21 ans, ménagère. Entrée salle Soyer, 3 janvier 1891.

Pas d'antécédents héréditaires.

Toujours bien réglée.

Grossesse. Allaitement.

En 1888. Anémie, dothiéntérie. Bronchite depuis laquelle la malade continue à tousser.

Début août 1890, par coup de pied, région sacro-lombaire.

Au niveau d'articulation sacro-coxale, tumeur d'abord comme une noisette, puis plus grosse et plus douloureuse. Douleur pendant la marche avec retentissement dans les flancs, cessant pendant le décubitus horizontal.

A l'entrée à l'hôpital, tumeur grosse comme une tête d'enfant, molle, sans coloration de la peau.

Ponction par le docteur Cerné : un demi-litre de pus, injection d'éther iodoformé.

Diminution de la tumeur, puis retour au volume initial.

Nouvelle ponction, docteur Hue. Pus, 140 grammes, injection de 60 grammes d'huile iodoformée. Diminution de volume.

Exeat 27 décembre 1890.

Rentre le 3 janvier 1891. Récidive.

Tumeur grosse comme le poing, à gauche de la ligne médiane, molle, fluctuante, indolore.

13 janvier. Injection lymphé de Koch.

Accidents généraux.

14 janvier. Retour à l'état normal, tumeur moins douloureuse, mouvements plus faciles.

15 janvier. Nouvelle injection de lymphé de Koch. Nouveaux accidents généraux, mais moins accusés. Tumeur un peu diminuée de volume.

22 janvier. Nouvelle injection de tuberculine. Phénomènes généraux, exagération de la douleur locale.

24 janvier. Retour à l'état normal.

31 janvier. Opération. Incision de 0,12 centimètres. Dissection de la poche, puis ouverture, elle contient de la sérosité, de l'huile de vaseline et du pus, surface interne tomenteuse, framboisée, parois épaissies d'un demi centimètre. Trajet fistuleux de 0,10 centimètres allant à l'articulation sacro-iliaque. Grattage de ce diverticulum. Drain. Pansement iodoformé.

12 février. Lavage sublimé.

16 février. Injection d'huile iodoformée.

1^{er} mars. Drain retiré.

5 mars. Cicatrisation complète. Exeat.

OBSERVATION II (*Service docteur Hue*).

Abcès froid au niveau du sein droit. — Injection d'huile de vaseline iodoformée.

Suard (Adeline), 35 ans, journalière. Entrée le 26 août 1891.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Bien réglée jusqu'au premier accouchement. Avant le travail, la malade reçoit un coup au niveau du sein. Trois ou quatre jours après, tumeur auprès du mamelon.

Trois mois après, entre à l'hôpital : Tumeur rénitente grosse comme un œuf de pigeon, mobile, sous la peau, un peu en dehors du mamelon gauche, douloureuse seulement à la pression. Peau un peu colorée. Pas d'adénite axillaire.

Ponction. — Pus grumeleux, environ 40 grammes, injection huile vaseline iodoformée 1/20^e. Exit trois jours après.

Revue au bout de six mois, tuméfaction diminuée, indolore, on ne sent plus qu'une plaque indurée ; la malade a repris son service de fille de ferme.

OBSERVATION III (*Service du docteur Hue*).

Coxalgie. — Abscess par congestion. — Injection d'huile iodoformée.

Besnard (Gabriel), 37 ans, menuisier. Entré le 6 novembre 1890. Sorti le 12 décembre 1890.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Entre à l'hôpital pour une douleur de l'extrémité supérieure de la cuisse droite datant de six mois. Malade obligé de garder le lit pendant cinq semaines, couché sur le côté gauche. Fièvre, douleur vive, impossibilité de ployer les genoux. Marche avec béquilles. Amaigrissement. Appétit diminué puis révenu.

Toux sèche avec retentissement douloureux dans le côté droit du bassin.

Entrée à l'hôpital : Déformation de la région de la hanche ; mouvements provoqués très limités et très douloureux. Douleur dans le genou et la hanche par mouvements et pression sur genou. Disparition du pli fessier. Pas de douleur dans la colonne vertébrale, ni de saillie. Pas de déviation notable du membre atteint.

Abaissement de l'épine iliaque du côté malade.

Dans la fosse iliaque, empatement rénitent donnant la sensation de fluctuation. Tuméfaction analogue située à la racine de la cuisse dans la gaine du psoas. Veines superficielles apparentes au pli de l'aîne.

A l'auscultation, râles sous-crépitaux aux deux sommets.

Décubitus sur côté gauche, jambe droite en demi-flexion sur la cuisse, faiblement fléchie elle-même sur le bassin.

Gouttière de Bonnet, huile de foie de morue.

17 novembre. Ponction avec appareil Dieulafoy, un demi-litre de pus jaunâtre. Injection immédiate d'huile iodoformée à 1/20°.

25 novembre. Présence d'une petite quantité de liquide. Le malade quitte la gouttière de Bonnet.

12 décembre. Plus de liquide.

Exeat.

OBSERVATION IV (*Service du docteur Hue*).

Abcès par congestion. — Huile de vaseline iodoformée.

Poullain (Élise), 15 ans, bonne. Entrée le 25 octobre 1891.

Malade sujette aux bronchites.

Il y a un an, aurait reçu un coup de pied au niveau du pubis.

Trois mois après, tumeur face interne de la cuisse, molle, indolore.

Ponction. — Injection de vaseline iodoformée.

17 juillet. Exeat.

Quatre mois plus tard, entre de nouveau pour même tumeur, augmentée de volume.

Ponction et injection.

13 novembre. Exeat.

Au bout de quinze jours, nouvel abcès au même endroit, nouvelle injection.

7 décembre. Exeat. Guérison.

OBSERVATION V (*Service du docteur Hue*).

**Arthrite suppurée du genou. — Absès par congestion.
Injection iodoformée. — Guérison.**

Demoiselle Ménin, 13 ans. Sans antécédents héréditaires ni personnels.

Depuis deux ans, tumeur blanche du genou droit pour laquelle on a essayé de plusieurs traitements. Le dernier a consisté dans l'application de pointes de feu avec immobilisation silicatée.

Sous l'appareil s'est formé, sans grande réaction, un abcès par congestion qui fait saillie au milieu de la région externe de la jambe, dans la région du jambier antérieur. Cet abcès a tous les caractères de l'abcès froid tuberculeux et le volume d'un œuf de poule. Il n'est pas tendu et donne la sensation de reflux vers l'articulation malade toujours douloureuse.

Juin 1890. Ponction. Évacuation de 100 grammes de pus grumeleux. Injection de 60 grammes d'huile de vaseline iodoformée à 1/20^e.

Immobilisation dans une gouttière en fil de fer.

Traitement tonique. — Séjour à la campagne six mois après; non seulement les symptômes de la collection purulente avaient disparu, mais le genou était notablement amélioré et la malade pouvait marcher avec une canne.

Depuis, la guérison s'est confirmée, et c'est à peine si la petite malade boite en marchant.

OBSERVATION VI (*Service du docteur Hue*).

Coxalgie. Absès circonvoisin. — Injections iodoformées.

Leroux (Frédéric), 15 ans, teinturier. Entré le 19 janvier 1891.

Pas d'antécédents. Frères et sœurs bien portants.

Coxalgie suppurée.

Deux abcès circonvoisins volumineux sous le tenseur du *fascia lata* et sous le droit antérieur.

Ponction, injection de 100 grammes d'huile iodoformée au 1/20°.

Le liquide se reproduit dans les deux poches qui sont indépendantes.

Trois mois après, deuxième ponction et injection semblable, le pus a un aspect particulier, inodore, huileux, brun. Depuis, réduction et disparition des deux poches en trois mois environ.

Pendant ce temps, les symptômes de la coxalgie se sont amendés, le malade, d'abord immobilisé dans un appareil silicaté, est laissé libre et marche avec une canne. Etat général excellent.

Revu le 20 mai 1893. Etat général très bon, a repris son travail.

OBSERVATION VII (*Service du docteur Hue*).

Tumeur blanche de l'articulation métatarsienne. — Abcès circonvoisin. — Injection iodoformée.

Tance, veuve Raveneau, 59 ans, journalière. Entrée le 21 février 1891.

Antécédents héréditaires. — Père mort subitement. Mère morte de bronchite.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans, jusqu'à 48, régulièrement. Vingt-et-une grossesses, une fausse-couche. Deux enfants vivants. Bronchite à 14 ans. Bronchite chronique depuis six ans.

Depuis août 1890, tuméfaction du niveau de l'articulation métatarsienne, douloureuse pendant la marche.

Actuellement, grosse comme une pomme, rouge-brune.

Au centre, surface comme une pièce de 1 franc, où la peau est très mince. Fausse fluctuation, irradiation de la douleur dans le pied et la jambe.

Ponction donnant un demi-verre de liquide muco-purulent assez lié. Injection d'huile de vaseline iodoformée.

26 février. Mouvements du pied plus faciles, amélioration de l'état général.

28 février. Amélioration, poche disparue.

5 mars. Exeat.

OBSERVATION VIII.

Portmann. Mal de Pott. Absès par congestion. Injection huile vaseline 1/20°. Guérison.

OBSERVATION IX (*Service du docteur Hue*).

Alisard (Joséphine). Absès par congestion. Mal de Pott. Injection huile de vaseline iodoformée. Guérison.

OBSERVATION X (*Recueillie dans le service du docteur Hue*).

Synovite à grains riziformes. — Incision. — Grattage.

M^{lle} L..., 18 ans. Entrée le 10 janvier 1890. Sortie le 22 janvier 1890.

Antécédents héréditaires. — Mère morte jeune, peut-être tuberculeuse ?

Antécédents personnels. — Conjonctivite chronique pendant son enfance, disparue depuis quelques années.

Début : Il y a deux ans, gonflement débutant par l'extrémité palmaire de l'auriculaire, se propageant au cul-de-sac synovial et gagnant la gaine au-dessus du carpe.

Entrée : Légère tumeur dans la paume de la main occupant toute la région interne et franchissant le carpe sur une longueur de 0,40 centimètres sur 2 de large.

Coloration normale de la peau. Sensation de chaînons.

11 janvier. Opération. Incision longitudinale à la région antéro-interne de l'avant-bras, de 6 à 7 centimètres, sur la tumeur.

Contre-ouverture à la paume de la main. Il s'en échappe de nombreux grains riziformes dont quelques-uns ont encore un pédicule. Les deux incisions communiquent par un trajet étroit.

En somme, on trouve les corpuscules dans la gaine du fléchisseur profond.

Curetage de toute la poche. Drain à coulisse, pansement à l'iodoforme.

16 janvier. On retire le drain.

20 janvier. Enlèvement des sutures.

Réunion complète.

22 janvier. Exeat.

Revue le 20 mars. Guérison sans adhérences du tendon.

OBSERVATIONS XI, XII, XIII, XIV, XV.

Leblond, Marie. Tumeur blanche du genou non ouverte. Pointes de feu profondes, iodoforme en poudre. Guérison.

Beaufrène, Julia. Pointes de feu profondes, silicate, iodoforme. Guérison.

Beaufils, Louis. Tuberculose du tarse. Pointes de feu profondes, iodoforme, silicate. Guérison.

Chauvin, 15 ans, ouvrier de fabrique. Tuberculose du tarse. Grattage, pointes de feu profondes, iodoforme. Guérison.

Besombes, Alexis. Tuberculose du métatarse. Pointes de feu profondes, iodoforme. Guérison.

OBSERVATION XVI.

Ostéite d'une apophyse épineuse. — Abscess tuberculeux.

Curettage. — Guérison. (*Service du docteur Hue.*)

Bouillotte, Aglaé, 66 ans, journalière.

Entrée le 15 janvier 1892.

Parents morts âgés.

Règles de 18 à 45 ans, régulières, peu abondantes.

5 enfants, dont 3 morts peu après la naissance.

Il y a 20 ans, rhumatisme articulaire.

Il y a 4 mois, douleur dans le dos, apparition d'une petite tumeur, avec douleur intermittente, augmentant progressivement.

Entrée :

Tumeur comme le poing, en dedans de l'omoplate gauche, empiétant un peu sur la ligne médiane.

Peau légèrement rouge et mobile.

Tumeur sessile, non mobile, fluctuante, avec quelques petites bosselures à la partie interne.

15 janvier. Ponction exploratrice : 300 gr. de pus crémeux, verdâtre, sans odeur, sans grumeaux, bien lié.

A ce niveau, la colonne vertébrale semble interrompue et déviée à droite.

Bords indurés. Le liquide évacué, on tombe dans une poche assez profonde.

17 janvier. Tumeur aussi grosse qu'auparavant.

2 février :

Chloroforme, incision en croix, grattage d'une apophyse épineuse.

Pansement iodoformé.

8 février. Enlèvement des sutures. Réunion par première intention. Il ne reste qu'un point de suppuration.

23 février. Guérison complète.

OBSERVATION XVII.

Tuberculose costale ouverte. — Incision. — Guérison.

(Service du docteur Hue.)

Chardon, Adolphe, 39 ans, journalier.

Entré le 17 novembre 1890.

Père mort d'apoplexie.

Mère morte d'une affection pulmonaire.

Début, il y un an. Tumeur, grosse comme une noix, située un peu à droite de la ligne médiane, à la hauteur de la septième ou huitième côte.

Cette tumeur fut incisée et traitée par la pâte de Canquoin, il resta une fistule.

Entre à l'Hospice-Général.

26 novembre. Opération, incision en T vers la huitième côte, ablation d'une coque osseuse.

Drain, pansement iodoformé.

5 décembre. Suppuration légère, sans température. Pansement salolé.

12 décembre. Plus de suppuration. Drain enlevé.

29 décembre. Guérison. Exeat.

OBSERVATION XVIII *(Service du docteur Hue).*

**Tuberculose du cinquième métacarpien. — Grattage
et résection sous-périostée à la curette.**

Delahais, Joseph, 6 ans 1/2.

Entrée : 27 mai 1892.

Sortie : 7 juillet 1892.

Pas d'antécédents héréditaires.

Adénite sous-maxillaire depuis plusieurs mois.

Début : Il y a 3 ans, au deuxième métacarpien droit, tumeur comme noisette, rouge, disparaissant au bout de 2 mois.

Il y a 6 mois, même symptôme au carpe gauche.

A l'entrée. Tumeur siégeant sur le cinquième métacarpien gauche, grosse comme noisette ; peau tendue, rouge, douleur légère, fluctuation, la tumeur incisée avant l'entrée avait fourni une sérosité sanguinolente.

28 mai. Chloroforme. Grattage avec la curette. Extirpation de tout le métacarpien. Tamponnement avec gaze iodoformée. Deux points de suture.

3 juin. Réunion.

7 juillet. Exeat. Guérison.

OBSERVATIONS XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV.

Delamarre. Arthrite tuberculeuse et ostéite du fémur gauche. Arthrotomie et grattage. Guérison.

Leclerc (Clémence), 12 ans. Spina ventosa. Grattage. Guérie.

Beuvain (Berthe), 17 ans. Spina ventosa. Grattage. Guérie.

Chambellan, 6 ans. Spina ventosa. Grattage. Guérison.

Planterose, 9 ans. Tuberculose du premier métacarpien droit. Grattage. Guérison.

Monnier (Eugène). Tuberculose du tarse. Résection astragale et calcanéum. Guéri.

OBSERVATION XXV (*Service du docteur Hue*).

Quinque, 15 ans, Lupus du nez, de la lèvre, de la joue, ayant détruit le lobule du nez.

Traitement : grattage, cautérisation. Guérie.

OBSERVATION XXVI (*Service du docteur Hue*).

Gaudefroy, 15 ans, née à Aumale. Lupus du nez, de la lèvre, de la joue gauche.

Traitement : Grattage, puis cautérisation. Guérison.

OBSERVATION XXVII (*Service du docteur Hue*).

Caumont, 12 ans. A suivi le traitement marin.

Lupus ayant détruit le lobule du nez, envahissant la lèvre et la joue. Revenu de Pen-Bron avec un état général excellent, mais non débarrassé de son lupus.

OBSERVATION XXVIII (*Service du docteur Hue*).

Dlle Lar..., 18 ans, antécédents scrofuleux.

Lupus généralisé à toute la face et au cou ; a suivi pendant deux ans le traitement marin.

Revenue de Pen-Bron un peu améliorée.

OBSERVATION XXIX (*Service du docteur Hue*).

Coxalgie gauche, non ouverte — Pen-Bron.

Calame (Albert), 6 ans.

Entré le 7 janvier.

Père mort tuberculeux.

Antécédents personnels :

Venu trois fois pour application d'un appareil silicaté.

Envoyé à Pen-Bron, revient guéri.

Quatre mois après son retour, récurrence. Membre gauche plus court, tuméfaction de la hanche.

Disparition du pli fessier.

20 janvier. Extension continue.

Envoyé à Pen-Bron.

Revient guéri.

OBSERVATION XXX (*Service du docteur Hue*).

Coxalgie gauche. — Appareil silicaté. — Pen-Bron.

Leroux (Prosper), 13 ans, apprenti.

Père coxalgique.

Début, il y a six mois par douleur insignifiante puis croissante.

Repos, vésicatoires.

Entrée : Bon état général. Douleurs au genou et à l'aîne. Immobilisation de la hanche.

Aplatissement de la fesse.

25 janvier. Appareil silicaté, sans redressement.

Guéri après séjour à Pen-Bron.

OBSERVATION XXXI.

Gillet (Paul). Mal de Pott. Coxalgie droite. Extension continue.

Envoyé à Pen-Bron, amélioré.

OBSERVATION XXXII, XXXIII.

Bettembos (Eugène). Coxalgie droite. Envoyé à Pen-Bron. Guéri.

Liberprey (Achille). Coxalgie dans néarthrose. Pen-Bron. Guéri.

OBSERVATION XXXIV (*Service du docteur Hue*).

**Arthrite tuberculeuse du tarse droit. — Grattage.
Injections de chlorure de zinc.**

Adam (Achille), 44 ans, chaudronnier.

Entré le 10 novembre 1891.

Père mort à 38 ans, tuberculeux.

Début, il y a 8 ans par tumeur du pied droit.

Repos au lit, pointes de feu, amélioration.

Il y a un mois, douleur, repos, amélioration.

Examen à l'entrée : Douleur à la pression sur le côté interne du pied, qui est tuméfié, dur, sans changement de couleur de la peau.
13 novembre. 8 piqûres de 1 gr. de chlorure de zinc.

20 novembre. Ablation du deuxième cunéiforme, à l'aide de la curette, du scaphoïde, de l'astragale, d'une partie du calcaneum.

Cavité bourrée de gaze iodoformée, remplacée ensuite par des drains.

Plâtre pour soutenir le pied qui tend à s'infléchir.

2 février. Issue d'une esquille.

15 mars. Suppuration légère.

6 avril. Envoyé à Pen-Bron.

Septembre. Retour de Pen-Bron très amélioré, léger suintement.

20 janvier. Exeat. Guéri.

OBSERVATION XXXV (*Service du docteur Hue*).

**Tumeur blanche du genou droit. — Injections de chlorure
de zinc. — Pen-Bron. — Guérison.**

Filleux (Louise), 14 ans. Entrée le 9 novembre 1891.

Père toussa et aurait eu un cancer de la bouche ?

Mère toussé.

Bonne santé antérieure.

Il y a huit mois, malade tombée sur genou droit. Douleur nécessitant repos absolu.

Genou tuméfié.

Traitement. — Teinture d'iode. Pointes de feu superficielles. Peu de temps après, appareil silicaté permettant une marche assez facile.

Au bout d'un mois, on enlève l'appareil.

Tuméfaction des parties latérales du genou, atrophie du mollet, œdème du pied.

Marche difficile.

Entrée à l'Hospice Général le 9 novembre 1891.

Neuf piqûres de chlorure de zinc au 1/10^e, soit 1 gr. 5, dont cinq au-dessous du genou, quatre au-dessus du genou.

14 novembre. Mensuration du genou : 36,5 au milieu de la rotule.

— — — — — 36 à la pointe supérieure.

— — — — — 36 à la pointe inférieure.

4 décembre. On redresse le genou sous le chloroforme. Appareil silicaté entourant cuisse et jambe.

2 janvier. Appareil silicaté enlevé.

Amélioration sensible, peau du genou moins rouge, moins tendue.

A la mensuration : 35 centimètres au milieu de la rotule.

— — — — — 34 — — — — — au-dessus — —

— — — — — 34,5 — — — — — au-dessous — —

11 janvier. Chloroforme.

Douze piqûres de chlorure de zinc tout autour du genou et silicate recouvrant la jambe et la cuisse.

Les jours suivants, la malade se lève un peu, mais marche avec difficulté.

7 avril. Envoyée à Pen-Bron.

Septembre. Revient guérie.

OBSERVATION XXXVI (*Recueillie dans le service du docteur Hue*).

Heude, 13 ans. Arthrite tuberculeuse du genou gauche. Appareil silicaté, injections de chlorure de zinc.

Envoyé à Pen-Bron. Guérison.

OBSERVATION XXXVII (*Recueillie dans le service du docteur Hue*).

Abcès froid de la cuisse. — Tuberculose du grand trochanter. — Injections d'huile iodoformée. — Grattage. — Guérison. — Séjour à Pen-Bron.

Capron (Marie), 12 ans $\frac{1}{2}$. Entrée le 16 décembre 1891.

Parents bien portants.

Quatre sœurs, dont deux mortes et l'une malade.

Entrée pour coxalgie datant de deux ans.

Extension continue pendant un mois, puis appareil plâtré.

Sort, puis revient au bout de sept mois pour faire enlever son appareil plâtré.

10 octobre. Rougeur au milieu de la partie antérieure de la cuisse droite, grossissant de plus en plus et atteignant le volume du poing.

Pas de coloration de la peau.

Pas de douleur au toucher ni à la marche.

19 décembre 1891. Ponction de l'abcès. Injection d'huile de vaseline iodoformée $\frac{1}{20}$.

22 décembre. La tumeur est aussi grosse qu'auparavant.

27 janvier 1892. Nouvelle ponction, nouvelle injection d'huile de vaseline iodoformée.

Peu de jours après, l'abcès apparaît de nouveau, plus gros qu'avant la ponction.

18 février 1892. Incision de l'abcès. Il en sort un pus huileux,

sans odeur, teinté de jaune par l'iodoforme. Les parois de la poche sont formées d'une membrane épaisse aux dépens de l'aponévrose voisine et tapissée de bourgeons fongueux qui se grattent facilement.

A la partie supérieure, on arrive sur le grand trochanter dénudé et carié ; avec la curette, on enlève le sommet du grand trochanter.

Articulation paraît saine.

Les fongosités s'étendent un peu en arrière du grand trochanter.

A la partie supérieure de l'incision, on introduit un drain que l'on fait sortir à travers la fesse, en arrière du grand trochanter.

Lavage de toute la cavité au sublimé.

Sutures au crin. Pansement iodoformé.

19 février. Suppuration légère.

20 février. Suppuration disparue presque complètement.

26 février. Enlèvement des sutures. Réunion par première intention. Rougeur et aspect diphtéritique au niveau du drain. Badigeonnage à l'acide citrique.

3 mars. Pansement, suppuration très légère.

30 mars. Occlusion complète.

7 avril. Malade envoyée à Pen-Bron.

OBSERVATION XXXVIII (*Service du docteur Hue*).

Lepestre (Berthe), 17 ans. Entrée le 30 janvier 1877.

Coxalgie droite. Absès par congestion. Ostéite du calcanéum.

Résection. Pen-Bron. Guérison.

Antecedents héréditaires. — Nuls.

Antecedents personnels. — A 9 ans, fièvre typhoïde. A 13 ans, début de coxalgie droite. Allongement apparent sans rotation, ni flexion. Mouvements limités et douloureux. Absès par congestion au niveau du grand trochanter. Ponction, injection d'éther iodoformé.

Ponction d'un absès siégeant sur le cou-de-pied droit.

Les jours suivants, écoulement, au niveau des piqûres faites,

d'un liquide chocolat. Le trajet de la cuisse se ferme spontanément, celui du pied reste fistuleux.

Cautérisation du foyer fistuleux, suivie de lymphangite.

23 avril. Absès développé au niveau de la face externe du péroné, au tiers inférieur.

3 mai. Grattage du foyer après ouverture. Raclage du périoste qui est recouvert de fongosité. Acide phénique fort. Pansement Lister.

Envoyée à Pen-Bron, où l'on enlève des séquestres, suppuration pendant plusieurs mois. Très améliorée au départ de Pen-Bron. Guérie quinze jours après son retour.

OBSERVATION XXXIX (*Service du docteur Hue*).

Tumeur blanche suppurée de l'articulation médio-carpienne. Résection de la portion externe de la deuxième rangée du carpe.

Mache (Ernestine), 44 ans. Malgré deux résections, dont une ayant intéressé toute la portion externe de la deuxième rangée du carpe, une deuxième récurrence a lieu, et elle est envoyée à Pen-Bron avec un poignet en très mauvais état et le diagnostic d'opération probable.

Au bout de deux mois, l'amélioration se prononce et marche rapidement, elle revient guérie et pouvant se passer d'immobilisation.

La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XL (*Service du docteur Hue*).

Coxalgie suppurée, résection de la hanche. — Érysipèle. — Fistules multiples. — Pen-Bron. — Amélioration très notable.

Douillet (Paul), 41 ans.

Entré avec coxalgie suppurée, envoyé à Pen-Bron, contracte un érysipèle, à la suite duquel suppuration abondante par fistules, puis amélioration. Peu de temps après son retour, résection de la hanche, trajets fistuleux, état général mauvais. Envoyé à Pen-Bron de nouveau, dans un état voisin de la cachexie. Amélioration lente exigeant un séjour de deux ans.

Vu le 20 avril, santé excellente, porteur seulement d'une petite fistule.

OBSERVATION XLI (*Service du docteur Hue*).

Tuberculose osseuse du calcanéum. — Évidement.
Séjour à Fécamp.

Pil..., 40 ans. Souffre depuis deux ans; avait paru guéri à plusieurs reprises. A déjà subi un évidement, et fait un séjour au bord de la mer.

Non seulement la région externe du calcanéum est le siège d'une fistule qui mène sur un foyer de carie, mais il y a un abcès à la face interne de la jambe, sur les bords du tendon d'Achille, et qui semble passer sous lui. Rien encore à l'articulation. Bon état général.

10 septembre 1888. Opération.

Incision en X, sur foyer, évidement à la curette jusqu'à l'os sain. Calcanéum transpercé et téguments incisés à la face interne pour laisser passer un drain. Cavité grande comme une noix.

Incision de l'abcès, pus grumeleux, grattage, drainage sous le tendon d'Achille.

Antisepsie au sublimé. Pansement iodoformé.

Pansement huit jours après, plaie en bon état.

Pansement seize jours après le premier, pas de pus.

La guérison a été achevée au bord de la mer.

CONCLUSIONS

L'adénite ramollie et non ouverte, l'adénite fistuleuse, les abcès circonvoisins, les abcès par congestion sont plus particulièrement modifiés par les injections iodoformées.

Les synovites tuberculeuses et les ostéo-arthrites au début, dont les fongosités ne sont pas ramollies, sont heureusement modifiées par les injections de chlorure de zinc.

Les injections iodoformées et de chlorure de zinc préparent avantageusement le terrain pour les interventions chirurgicales.

Les ganglions superficiels et bien isolés, les gommés ulcérées et ramollies, le lupus, les ostéites fistuleuses ou avec séquestres, bénéficient des méthodes sanglantes, extirpation, incision, grattage. Les ostéo-arthrites fongueuses et fistuleuses ayant résisté aux injections ou préparées par elle exigent la résection et, en dernier lieu, l'amputation.

Les ostéo-arthrites non ouvertes, les adénites suppu-

rées peuvent guérir spontanément dans les hôpitaux marins. Ces hôpitaux achèvent la guérison des malades soumis aux divers traitements.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BONNAUD. — Thèse Paris, 1889.
BLAIZOT. — Thèse de Doctorat. Paris, 1890.
BORDESCU. — Février 1892. Spitalul Bucharest.
BRUN. — Contribution à la statistique de l'extirpation des ganglions tuberculeux.
CAZIN. — Statistique de Berk-sur-Mer.
CHAUVEL. — Ablation des ganglions strumeux du cou. Bulletin de la Société de Chirurgie, 1884.
COUDRAY. — Congrès de Chirurgie, 23 avril 1892.
DAVID. — Contribution à l'étude de la méthode sclérogène. Thèse Bordeaux, novembre 1892.
DHOORDIN. — De la Coxalgie cotyloïdienne. Thèse Paris, 1883.
FORGUES et RECLUS. — Traité de thérapeutique.
GAZETTE DES HOPITAUX. — 17 janvier 1893. Spina ventosa.
HAMEAU. — Thèse Paris, 1889.
HOLSTEIN (DE). — Thèse Paris, 1888.
HAELH. — Extirpation des gangl. du cou. Semaine Médic., 11 fév. 1893.
JEANNEL. — Traitement des Tuberculoses chirurgicales suppurées par l'eau bouillante. Académie de Médecine, 9 mai 1893.
KOSTER. — Arthrites fongueuses.
LANNELONGUE. — Congrès français de Chirurgie, VI^e session, 18 avril 1892.
LANNELONGUE. — Congrès français de Chirurgie, 1893.
LANNELONGUE. — Académie de Médecine, 7 juillet 1891 : Transformation prompte des produits tuberculeux des articulations et de certaines autres parties du corps humain.
LE FORT. — Académie de Médecine. Discussion sur le traitement des tuberculoses locales, 21 juillet 1891.
LEROUX. — L'assistance marilime des Enfants et les Hôpitaux marins. Soc. d'Editions scientifiques.
LARAUAZ. — Traitement de certaines manifestations de la scrofule et de la tuberculose locale par les Eaux-mères des Salins de Dax.
MAUGLAIRE. — Etude d'ensemble sur l'anatomie et la physiologie

- pathologique des ostéo-arthrites tuberculeuses. *Gazette des Hôpitaux*, 14 mai 1892.
- MATTÉI. — Thèse Paris, 1884.
- OZENNE. — *Semaine Médicale*, 22 février 1893. **Traitement de la tuberculose primitive des organes génitaux de l'homme.**
- OLLIER. — *Traité des résections.*
- OLLIER. — VI^e session du Congrès français de Chirurgie. 22 avril 1892.
- PERLIS. — *Méthode sclérogène*, 1892. N° 62.
- POUX. — *Méthode sclérogène*, 1892. N° 221.
- QUINTIN. — Bordeaux, Thèse 1892. Injections interstitielles de solutions iodoformées dans tumeur blanche.
- REBOUL. — Thèse Paris, 1891.
- RECLUS. — Du tubercule, du testicule et de l'orchite tuberculeuse. (Thèse Paris, 1876.)
- RECLUS. — *Traitement des adénites tuberculeuses par les injections d'éther iodoformé.*
- REYNIER et CHARVOT. — *Semaine Médicale*, avril 1893. *Traité de Chirurgie.*
- TIMMERMANS. — *Méthode sclérogène.* Thèse Paris, 1892. N° 329.
- J. TIROSCCH et KANASZ. — *Traitement de la tuberculose locale par l'essence de girofle.* *Semaine Médicale*, 28 janvier 1893.
- TRÉLAT. — Adénopathies secondaires. *Bulletin de la Société de Médecine*, tome V, page 177.
- TRÉLAT. — *Diagnostic et traitement des adénites tuberculeuses.* *Clinique chirurgicale.* Paris, 1891, tome I, page 408.
- VERNEUIL. — Communication à l'Académie, 1885.
- VERNEUIL. — Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences. Rouen, 1883.
- VERNEUIL. — *Gazette hebdomadaire*, 1884.
- VIDAL. — Société pour l'avancement des sciences, Marseille.
- VERCHÈRE. — D'un nouveau traitement des adénites tuberculeuses de la région cervicale. *Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, 1887.
- VOLKMANN. — *Sammlung Klin Vortrage*, n° 3, 1873.
- VOLKMANN. — *Sammlung Klin Vortrage*, 1879.
- VELPEAU. — *Archives générales de Médecine*, 1837.
- WISEMAN. — *Several. chir. Treatise.* London, 1734.
- WENDELSTADT. — *Centralbl. für. Chir.*, 1889.

